

¡Shout Out Austin! Estudio de calidad de vida LGBTQIA+

La Comisión para la Calidad de Vida LGBTQ de la Ciudad de Austin y la Oficina de Igualdad de Austin necesitan su ayuda. Queremos entender las necesidades de las comunidades LGBTQIA+ para apoyarlas y defenderlas ante el Concejo Municipal de Austin en su nombre. Las respuestas que ofrezcan aquí informarán al Ayuntamiento de la ciudad de Austin.

Instrucciones:

Los participantes de esta encuesta pueden usar este PDF rellenable para completar la encuesta. Por favor recuerde usar el botón “guardar” en la barra de herramientas del PDF y guarde el documento en su computadora cuando haya terminado la encuesta. Envíe su encuesta PDF completada por correo electrónico a shoutoutaustin@healthmanagement.com **antes del 1 de mayo del 2021.**

También puede imprimir esta encuesta y completarla con lápiz o bolígrafo. Las encuestas completadas en papel se pueden enviar por correo a: Management Service - Equity Office P.O. Box 1088 Austin, TX 78767 o se pueden entregar en persona a esta dirección **antes del 1 de mayo del 2021**. También puede completar la encuesta en línea con un teléfono inteligente, tableta o computadora en shoutoutaustin.com.

Detalles de la encuesta:

- **SOLO SE PUEDE PRESENTAR UNA ENCUESTA POR PERSONA.**
- **Los encuestados deben residir actualmente en los condados de Travis, Hays, Bastrop o Williamson.**
- La encuesta es anónima. Su identidad no estará vinculada a sus respuestas.
- Esta encuesta tardará alrededor de 25 minutos en completarse.
- Todas las preguntas (excepto datos demográficos) son opcionales y todas las respuestas son confidenciales. Estamos solicitando información demográfica (por ejemplo, raza / etnia, orientación sexual, identidad) para conocer las experiencias de cada grupo representado en nuestro sector social. **Las pocas preguntas obligatorias están marcadas con un asterisco rojo.** Solo los datos agregados se compartirán públicamente y las citas de la sección de comentarios al final de la encuesta se compartirán de forma anónima.
- Estamos utilizando Qualtrics para realizar la encuesta. Consulte la información de privacidad para obtener información sobre cómo almacenan y protegen los datos en <https://www.qualtrics.com/privacy-statement/>.
- Si tiene preguntas sobre esta encuesta y cómo se utilizarán los datos, comuníquese con Iliana Gilman en igilman@healthmanagement.com.

Algunas de las preguntas de esta encuesta son de naturaleza delicada y pueden hacer surgir sentimientos incómodos. El propósito de hacer estas preguntas es comprender mejor qué puede afectar la calidad de su vida y la de otros en la comunidad. Entendemos que pensar en determinadas experiencias puede resultar difícil; honramos sus sentimientos y le agradecemos

su honestidad y sinceridad. Además, tenga en cuenta que hemos incluido información sobre algunos recursos al final de esta encuesta en caso de que desee buscar apoyo u ayuda.

I. INFORMACION DEMOGRAFÍA

CÓDIGO POSTAL

Q2.3 *¿En qué código postal vive?

EDAD, RAZA Y ETNICIDAD

Q2.5 *¿Cuál es su edad?

- 12-17 años
 - 18-24 años
 - 25-34 años
 - 35-44 años
 - 45-54 años
 - 55-64 años
 - 65-74 años
 - 75 años o más
-

Q2.6 *¿Cuál es su categoría racial y étnica? *Seleccione una.*

Asiático o asiático americano. Persona que tiene descendientes en el Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio. Incluye Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro, africano o afroamericano. Una persona que tenga descendientes en cualquiera de los grupos raciales negros de África. Incluye descendientes de negros esclavizados, inmigrantes negros y términos como "haitiano" y "afrocaribeño".

Hispano, Latino/a/e/x, o Latinoamericano. Una persona que tenga descendientes en Cuba, México, Puerto Rico, República Dominicana, América del Sur o Central, u otros países y dependencias de América Latina.

Medio Oriente o árabe americano. Una persona que tiene orígenes en la región de Oriente Medio o herencia árabe. Incluye Argelia, Baréin, Comoras, Djibouti, Egipto, Irak, Jordania, Kuwait, Líbano, Libia, Mauritania, Marruecos, Omán, Qatar, Palestina, Arabia Saudita, Sudán, Siria, Somalia, Túnez, Emiratos Árabes Unidos y Yemen.

Multirracial. Una persona que encaja en más de una categoría racial o étnica.

Nativo americano, indígena o nativo de Alaska. Una persona que tiene descendientes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte, Central o del Sur.

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico. Una persona que tenga orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco o americano europeo. Una persona que tiene descendientes en Europa o Eurasia occidental.

Otro (especificar): _____

ORIENTACION SEXUAL

Q2.8 *¿Cuál de las siguientes opciones describe MEJOR su orientación sexual?
Seleccione uno.

- Asexual
 - Bisexual
 - Gay
 - Heterosexual
 - Lesbiana
 - Pansexual
 - Cuestionandose
 - Queer
 - Líquido
 - Prefiero no decirlo
 - Otros (especificar): _____
-

Q2.8.1 ¿Usted se identifica como intersexual? Una persona intersexual presenta conjuntamente caracteres sexuales masculinos y femeninos.

- Si
 - No
-

Q2.9 *¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad de género actual?
Seleccione uno.

Definiciones:

- Sin género: denota o se relaciona con una persona que no tiene una identidad de género o se identifica como neutral en cuanto al género.
- Cisgénero: término que se utiliza para describir a una persona cuya identidad de género se alinea con los que se asocian típicamente con el sexo que se les asignó al nacer.
- Género fluido: una persona que no se identifica con un solo género fijo o tiene una identidad de género fluida o no fija.
- Genderqueer: término utilizado para describir a las personas que normalmente rechazan las nociones de categorías estáticas de género y adoptan una fluidez de identidad de género y, a menudo, aunque no siempre, orientación sexual. Las personas que se identifican como "genderqueer" pueden verse a sí mismas como hombres y mujeres, ni hombres ni mujeres, o que caen completamente fuera de estas categorías.
- No binario: La expresión género no binario se aplica a las personas que no se autoperciben como varón ni como mujer y que pueden identificarse con un tercer género o ninguno.
- Disconformidad de género: término amplio que se refiere a las personas que no se comportan de una manera que se ajuste a las expectativas tradicionales de su género, o cuya expresión de género no encaja perfectamente en una categoría. Si bien muchos también se identifican como transgénero, no todas las personas que no se ajustan al género lo hacen.
- Transgénero: término genérico para las personas cuya identidad y / o expresión de género es diferente de las expectativas culturales basadas en el sexo que se les asignó al nacer.
- Dos espíritus u otra identidad nativa: se refiere a una persona que se identifica por tener un espíritu tanto masculino como femenino, y es utilizado por algunos pueblos indígenas para describir su identidad sexual, de género y / o espiritual.
- Cuestionándose: término utilizado para describir a las personas que están en el proceso de explorar su orientación sexual o identidad de género.

Sin género

Mujer cisgénero

Hombre cisgénero

Fluido de género

No conforme con su género

Genderqueer

No binario

- Mujer trans
- Hombre trans
- Dos espíritus u otra identidad nativa
- Cuestionándose
- Prefiero no decirlo
- Otros (especificar): _____

Pase a: Q2.11 Si Q2.9 = Mujer cisgénero

Pase a: Q2.11 Si Q2.9 = Hombre cisgénero

Q2.10 Marque cuáles cree que son las cinco prioridades políticas más importantes que afectan a las personas no binarias, transgénero, intersexuales y de género diverso en los EE. UU. Seleccione hasta cinco que sean una prioridad.

- Prevención, educación y tratamiento del VIH
- Mejores políticas sobre documentos de identidad y género y otros registros
- Aprobar leyes contra el acoso escolar que hacen que las escuelas sean más seguras
- Derechos de los presos transgénero / no conformes con el género
- Reforma de la política de inmigración (como asilo o reconocimiento de pareja)
- Permitir que personas transgénero / no conformes con el género sirvan en el ejército
- Acceso a atención médica sensible a las personas transgénero
- Obtener atención médica relacionada con personas transgénero cubierta por un seguro de salud
- Proteger a las personas trans o que no se ajustan al género de la discriminación en la contratación y en el trabajo
- Proteger a las personas transgénero / no conformes con el género de la discriminación en la vivienda
- Incluir "intersexual" o "X" como una opción de marcador de género legal
- Aprobar leyes que aborden los delitos de odio contra las personas transgénero / no conformes con el género
- El derecho de las personas transgénero / no conformes con el género a ser padres, incluida la adopción

El derecho al reconocimiento equitativo de los matrimonios que involucran parejas transgénero

Políticas de salud reproductiva que apoyan las necesidades de reproducción familiar no tradicionales

OTRO

Q2.12 ¿Usted tiene alguna discapacidad física? *Se cuenta cualquier limitación en el funcionamiento físico, movilidad, destreza o resistencia de una persona. Esto incluye parálisis cerebral (PC), epilepsia, cualquier tipo de cáncer, Alzheimer, fibrosis quística (FQ), esclerosis múltiple (EM), espina bífida (SB), distrofia muscular, enfermedad de células falciformes, síndrome de Tourette, síndrome de Prader-Willi (PWS), lesión cerebral, lesión de la médula espinal, dolor crónico, cualquier discapacidad visual, cualquier pérdida auditiva y cualquier discapacidad de movilidad.*

Sí

No

Prefiero no decirlo

Q2.13 ¿Tiene alguna neurodivergencia diagnosticada? *Neurodivergencia se refiere a las personas que tienen condiciones como dislexia, dispraxia, déficit atencional con hiperactividad (TDAH) o que pertenecen al espectro autista. Seleccione todas las que correspondan.*

- Trastorno por abuso de alcohol o sustancias, alcoholismo o adicción a las drogas
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- Trastorno por déficit de atención (ADD)
- Ansiedad
- Autismo
- Trastorno bipolar
- Trastorno límite de la personalidad
- Depresión
- Desorden alimenticio
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)
- Trastorno de pánico
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD)
- Esquizofrenia
- Otros (especificar): _____
- Prefiero no decirlo
- No

Q2.14 ¿Usted nació en Estados Unidos?

- Sí
- No

Pase a: Q2.16 Si Q2.14 = Sí

Q2.15 ¿Si no es así, a qué edad vino a los EE. UU.?

Q2.16 ¿Que idioma habla más frecuentemente?

- Árabe
- ASL (Lenguaje de signos americano)
- Inglés
- Hindi
- Lengua originada en China (mandarín, cantonés, etc.)
- Español
- Otros (especificar): _____
-

Q2.17 ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado actual de servicio militar? *Seleccione uno.*

- No estoy en el ejército
 - Servicio activo
 - Reservas
 - Guardia Nacional
 - Veterano o jubilado, elegible para beneficios de salud de VA
 - Descargado deshonrosamente
-

Q2.18 ¿Cuánto tiempo ha vivido en el área de Austin?

- Menos de 1 año
 - 1-2 años
 - 2-5 años
 - 5-10 años
 - 10-20 años
 - Más de 20 años
 - Toda mi vida
-

Q2.19 **¿Qué acciones ha tomado debido a el movimiento Black Lives Matter?** *Seleccione todas las acciones que correspondan.*

- Done a organizaciones lideradas por negros o Black Lives Matter.
 - Participé en demostraciones en persona.
 - Publiqué en las redes sociales en apoyo de Black Lives Matter.
 - Contacté políticos sobre su apoyo de Black Lives Matter
 - Trabajé para sanar el racismo en mí a través de conversaciones e investigaciones.
 - Participé en talleres o conferencias antirracistas.
 - Ofrecí más apoyo a mis amigos negros.
 - No apoyo el movimiento de Black Lives Matter.
 - Otros (especificar): _____
-

Q2.20 **El racismo es una crisis de salud pública.**

- De acuerdo
- No estoy de acuerdo
- No estoy seguro/a/x

II. DISCRIMINACIÓN

Q3.2 ¿Durante el tiempo que ha vivido en Austin, alguna vez ha experimentado algún estigma o discriminación relacionado con LGBTQIA+?

- Nunca
- Raramente
- A veces
- Frecuentemente
- Siempre

Pase a: Q3.4 Si Q3.2 = Nunca

Q3.3 ¿Basado en su experiencia más reciente, el estigma o la discriminación relacionados con LGBTQIA+ provino de alguna de estas personas? ¿De quién?
Seleccione uno.

- Compañero o estudiante
- Compañero de trabajo o empleador
- Proveedor de atención médica física (médico, dentista, obstetra, etc.)
- Proveedor de atención de salud mental (trabajador social, terapeuta, psiquiatra, etc.)
- Líder de fe o miembro de fe
- Miembro de la familia o pariente
- Miembro o empleado de una empresa financiera, bancos, seguros
- Amigo
- Trabajador del gobierno
- Arrendatario/a/x
- Personal militar
- Vecino
- Socio, cónyuge u otra persona significativa
- Policía, Bomberos o Servicio de Emergencia
- Proveedor de servicios o trabajador de una tienda
- Desconocido
- Maestro o Educador
- Ninguno de mencionados anteriormente
- Otros (especificar): _____

No sé ni recuerdo

Q3.4 ¿Le han negado empleo o lo han despedido debido a alguno de los siguientes motivos? *Seleccione todos los motivos que correspondan.*

- Género
 - Expresión de género
 - Orientación sexual
 - Raza o etnia
 - Verificación de antecedentes
 - Educación
 - Estado de ciudadanía
 - Por no encajar bien or pertenecer a un grupo
 - Fluidez del idioma
 - Creencia religiosa
 - No (o la pregunta no aplica)
-

Q3.5 ¿Usted conoce a alguna persona que no hubiese sido contratada o hubiese sido despedida por alguno de los siguientes motivos? Seleccione todos los motivos que correspondan.

- Género
- Expresión de género
- Orientación sexual
- Raza o etnia
- Verificación de antecedentes
- Educación
- Estado de ciudadanía
- Por no encajar bien o pertenecer a un grupo
- Fluidez del idioma
- Creencia religiosa
- No (o la pregunta no aplica)

ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN DEL VIH

Q3.7 ¿Si usted es VIH positivo, alguna ha vez experimentado cualquier estigma o discriminación basado en su condición o estado positivo mientras vivía en Austin?

- No (o la pregunta no aplica)
- Nunca
- Raramente
- Muy a menudo
- Frecuentemente
- Siempre

Pase a: Q4.2 Si Q3.7 = No (o la pregunta no aplica)

Pase a: Q4.2 Si Q3.7 = Nunca

Q3.8 ¿Basado en su experiencia más reciente, quien lo discriminó o estigmatizó debido a su condición de VIH positivo? *Seleccione uno.*

- Compañero o estudiante
- Compañero de trabajo o empleador
- Líder de fe o miembro de fe
- Miembro de la familia o pariente
- Personas que trabajan en entidades financieras, bancarias o de seguro
- Amigo
- Trabajador del gobierno
- Arrendatario/a/x
- Proveedor de atención de salud mental (trabajador social, terapeuta, psiquiatra, etc.)
- Personal militar
- Vecino
- Pareja, cónyuge u otra persona significativa
- Proveedor de atención médica física (médico, dentista, obstetra, etc.)
- Policía, Bomberos o miembros del Servicio de Emergencia
- Proveedor de servicios o empleado de una tienda
- Alguien con quien salí o me relacioné
- Alguien en una aplicación de citas / encuentros
- Desconocido
- Maestro o Educador

- Ninguna de las opciones mencionadas anteriormente
- Otros (especificar): _____
- No sé ni recuerdo

III. SEGURIDAD PERSONAL

Q4.2 ¿Conoce a alguien en Austin que alguna vez haya experimentado una amenaza física o un ataque por ser LGBTQIA+? Si es así, ¿cuando? *Seleccione todos lo que aplican.*

- No
 - En los últimos 12 meses
 - Hace 13 meses a 2 años
 - Hace 2 a 5 años
 - Hace más de 5 años
-

Q4.3 ¿Alguna vez ha recibido una amenaza física o ha recibido un ataque por ser LGBTQIA+ en Austin? Si es así, ¿cuando? *Selecciona todos los que aplican.*

- No
- En los últimos 12 meses
- Hace 13 meses a 2 años
- Hace 2 a 5 años
- Hace más de 5 años

Pase a: Q4.7 Si Q4.3 = No

Q4.4 ¿Basado en su experiencia más reciente en Austin, donde recibió una amenaza o un ataque en Austin, quien fue quien lo amenazó o lo atacó? *Seleccione uno.*

- Compañero o estudiante
- Compañero de trabajo o empleador
- Proveedor de atención médica física (médico, dentista, obstetra, etc.)
- Proveedor de atención de salud mental (trabajador social, terapeuta, psiquiatra, etc.)
- Líder de fe o miembro de fe
- Miembro de la familia o pariente
- Personas que trabajan en entidades financieras, bancarias o de seguro
- Amigo
- Trabajador del gobierno
- Arrendatario/a/x
- Personal militar
- Vecino
- Socio, cónyuge u otra persona significativa
- Policía, Bomberos o Servicio de Emergencia
- Proveedor de servicios o empleado de una tienda
- Alguien con quien salí o me relacioné
- Desconocido
- Maestro o Educador
- Ninguno de los mencionados anteriormente

Otros (especificar): _____

No sé ni recuerdo

Q4.5 Para su experiencia más reciente, ¿usted buscó ayuda o le informó a alguien sobre el incidente o lo que sucedió?

No

Sí

Q4.6 Para su experiencia más reciente, ¿a quién buscó para pedir ayuda o a quién le contó lo sucedido? *Seleccione todo lo que corresponda.*

- Organización de la comunidad
 - Consejero o psicólogo
 - Líder de fe o miembro de fe
 - Miembro de la familia o pariente
 - Amigo
 - Proveedor de atención sanitaria
 - Línea de ayuda
 - Personal del hospital
 - Organización LGBTQIA+
 - Vecino
 - Policía, Bomberos o Servicio de Emergencia
 - Prefiero no decirlo
 - Otros (especificar): _____
-

Q4.7 ¿Usted se siente seguro/a/x en su relación con su pareja romántica o íntima?

- No tengo pareja romántica ni íntima
 - Sí
 - No
-

Q4.8 ¿Su pareja lo ha lastimado o amenazado físicamente?

- No tengo pareja romántica ni íntima
 - Sí
 - No
-

Q4.9 ¿Su pareja lo ha presionado/a/x o ha hecho que usted participe en actividades sexuales no deseadas?

- No tengo pareja romántica ni íntima
 - Sí
 - No
-

Q4.10 ¿Por favor indique cuando fue que su pareja romántica lo presionó o lo ha hecho participar en alguna actividad sexual no deseada? *Seleccione todos lo que correspondan.*

- Nunca
 - En los últimos 12 meses
 - Hace 13 meses a 2 años
 - Hace 2 a 5 años
 - Hace más de 5 años
-

Q4.11 ¿A usted lo an presionado o lo han hecho participar en alguna actividad sexual no deseada su infancia?

- No
 - Sí
 - No estoy seguro/a/x
 - Prefiero no decirlo
-

Q4.12 ¿En los últimos 12 meses, ha experimentado alguno de los siguientes comportamientos anti-LGBTQIA+? *Seleccione todo los que correspondan.*

- Rechaz por un amigo o familiar
- Alguien lo ha hecho sentirse incómodo en un lugar de culto
- Recibió un servicio deficiente o se le negó el servicio en un lugar de trabajo
- Recibió atención médica deficiente o se le negó atención médica
- Recibió un trato injusto por un compañero de trabajo o supervisor
- Fue tratado injustamente por un empleador
- Otro comportamiento anti-LGBTQIA+
- Ningunos

ABUSO VERBAL

Q4.14 ¿Alguna vez ha experimentado abuso verbal o acoso en Austin porque es LGBTQIA+? Si es así, ¿cuando? Seleccione todo lo que corresponda.

- No
- En los últimos 12 meses
- Hace 13 meses a 2 años
- Hace 2 a 5 años
- Hace más de 5 años

Pase a: Q4.17 Si Q4.14 = No

Q4.15 ¿Basado en su experiencia más reciente en Austin, de quien provino el abuso verbal o el acoso? *Seleccione uno.*

- Compañero o estudiante
- Compañero de trabajo o empleador
- Dentista
- Lidera de fe o miembro de fe
- Miembro de la familia o pariente
- Personas que trabajan en entidades financieras, bancarias, o de seguro
- Amigo
- Trabajador del gobierno
- Proveedor de atención sanitaria
- Arrendatario/a/x
- Personal militar
- Vecino
- Socio, cónyuge u otra persona significativa
- Policía, Bomberos o Servicio de Emergencia
- Proveedor de servicios o trabajador de una tienda
- Alguien con quien salí o me relacioné
- Desconocido
- Maestro o Educador
- Ninguno mencionado anteriormente

Otros (especificar): _____

No sé ni recuerdo

Q4.16 ¿Durante su experiencia más reciente, usted buscó ayuda o le contó a alguien lo sucedido?

No

Sí

Q4.17 ¿Ha tenido de las siguientes experiencias cuando ha interactuado con la policía?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

Los oficiales generalmente me han tratado con respeto

Los oficiales generalmente me han tratado con falta de respeto

Los oficiales me han acosado

Los oficiales me han agredido físicamente

Los agentes me han agredido sexualmente

Ninguna de las opciones anteriores

Q4.18 ¿Qué tan cómodo se siente al buscar o pedir ayuda de la policía?

- Muy cómodo/a/x
- Algo cómodo/a/x
- Neutral
- Algo incómodo
- Muy incómodo

IV. SALUD – GENERAL

Q5.2 ¿Cuánto le preocupas por su salud?

- No me preocupa
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Me preocupa mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q5.3 ¿Qué tipo de seguro o cobertura tiene usted actualmente para recibir atención médica? *Selecciona todo el que aplique.*

- No tengo seguro ni cobertura de salud
 - Seguro a través de un empleador actual
 - Seguro a través de un empleador anterior (COBRA)
 - Seguro a través del empleador de otra persona
 - Seguro comprado directamente a una compañía de seguros
 - Seguro comprado en healthcare.gov (Obamacare)
 - Servicio de salud indígena (IHS)
 - Seguro de enfermedad
 - Seguro médico del estado
 - Programas Ryan White
 - Seguro estatal por discapacidad
 - Seguro para estudiantes
 - Administración de veteranos (VA)
 - CHAMPVA
 - Otros (especificar): _____
-

Q5.4 ¿Tiene alguno de los siguientes seguros? *Selecciona todos que aplican.*

- Seguro dental
 - Seguro médico
 - Seguro de visión
 - Seguro para obtener recetas médicas o medicinas
 - Seguro de discapacidad a corto plazo
 - Seguro de invalidez a largo plazo
 - Seguro de vida
 - Ninguna de la opciones anteriores
-

Q5.5 ¿En los últimos 12 meses, ha visitado alguno de los siguientes lugares para recibir atención médica? *Seleccione todos los que correspondan.*

- Proveedor médico alternativo (herbolario, acupuntura, etc.)
 - Quiropráctico o masajista
 - Clínica de salud comunitaria o centro de salud
 - Sala de emergencias
 - Servicios de salud para indígenas (IHS)
 - Proveedor médico o consultorio médico
 - Consultorio del terapeuta o proveedor de salud mental
 - Centro de atención urgente
 - Clínica u hospital para veteranos (VA)
 - Ninguna de las opciones anteriores
-

Q5.6 ¿En los últimos 12 meses, ha pospuesto recibir alguno de estos servicios porque no puede pagarlos? Seleccione todos los que apliquen.

- Terapias o cuidados médicos alternativos
 - Cuidado dental
 - Atención afirmativa de género
 - Cuidado de la audición
 - Atención médica
 - Cuidado de la salud mental
 - Chequeos médicos o cuidados preventivos
 - Medicamentos o recetas
 - Cuidado de la visión
 - Comprar condones o productos de higiene.
 - Ninguna de estas opciones
 - Otros (especificar): _____
-

Q5.7 ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó a un proveedor de atención primaria para un chequeo de rutina? *Seleccione uno.*

- Nunca he visitado un proveedor o doctor
- En los últimos 12 meses
- Hace 13 meses a 2 años
- Hace más de 2 años

Pase a: Q5.12 Si Q5.7 = Nunca he visitado un proveedor o doctor

Q5.8 ¿Qué tipo de proveedor, doctor o médico ve con más frecuencia? *Seleccione uno.*

- Doctor en Medicina
 - Terapeuta, Consejero, Psiquiatra
 - Quiropráctico, Masajista
 - Naturópata
 - Practicante de enfermería
 - Obstetricia y ginecología (OBGYN)
 - Asistente médico
 - No sé ni recuerdo
 - Otros (especificar): _____
-

Q5.9 ¿Escogió a su proveedor médico o doctor porque tenía más conocimiento de las necesidades de atención médica de las personas LGBTQIA+?

No

Sí

Q5.10 ¿Ha compartido que es LGBTQIA+ con su proveedor de atención médica, doctor, o médico?

No

Sí

Q5.11 ¿Cómo calificaría su satisfacción con los servicios de atención médica que recibe de su proveedor de atención primaria?

Excelente

Muy bien

Bueno

Justa

Pobre

Q5.12 ¿Cómo calificaría su salud física en general?

- Excelente
 - Buena
 - Justa
 - Mala
 - Muy mala
-

Q5.13 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia su estado de salud física le ha impedido hacer su rutina diaria o realizar sus actividades normales?

- Nunca
 - De vez en cuando
 - Más de la mitad del tiempo
 - Casi todo el tiempo
 - No estoy seguro
-

Q5.14 ¿En los últimos 12 meses, ha recibido alguno de estos exámenes preventivos?
Seleccione todos que apliquen.

- Prueba de espécimen anal
- Control de colesterol en la sangre
- Detección de densidad ósea
- Examen de detección de cáncer de mama
- Prueba de Papanicolaou cervical
- Panel metabólico completo
- Prueba COVID-19
- Examen dental
- Examen de la vista
- Vacuna contra la gripe
- Examen de audición
- Prueba de esfuerzo o salud cardíaca
- Prueba de hepatitis A, B o C
- Vacuna contra el VPH
- Examen de salud mental (depresión, ansiedad)
- Examen de próstata

Examen testicular

Físico anual

Ninguno de las opciones anteriores



Q5.15 ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas afecciones? *Seleccione todas las opciones que apliquen.*

- Cáncer anal / rectal
- Anorexia / bulimia
- Cáncer de mama
- Cáncer de cuello uterino
- Cáncer de ovarios
- Cáncer de próstata
- Otro cáncer
- Diabetes o azúcar alto
- Cardiopatía
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Colesterol alto
- Hipertensión o presión arterial alta
- Enfermedad pulmonar, EPOC o asma
- Obesidad o peso elevado

Accidente cerebrovascular o derrame cerebral

COVID-19

Ninguno de las opciones anteriores

30 DÍAS DE USO DE PRODUCTOS DE TABACO

Q5.17 ¿En los últimos 30 días, ha consumido alguno de estos productos de tabaco?
Selecciona todos que aplican.

- Tabaco para masticar de inmersión o rapé
- Cigarrillo
- Puro, cigarillo o puro pequeño
- Cigarrillo electrónico
- Hookah
- Pipa
- Tubo
- Snus
- Pluma de vape
- Otro
- Ninguno de los mencionados anteriormente

USO GENERAL DE PRODUCTOS DE TABACO

Q5.19 ¿Qué opción abajo describe mejor su uso general de productos de tabaco?
Seleccione uno.

- No uso productos de tabaco
- Solía usar productos de tabaco, pero ahora no
- Actualmente uso productos de tabaco y no quiero dejar de fumar
- Estoy tratando de dejar de fumar o reducir mi uso
- Planeo dejar de fumar en los próximos 30 días
- Puedo renunciar en algún momento en el futuro

Pase a: Q5.21 Si Q5.19 = No uso productos de tabaco

Pase a: Q5.21 Si Q5.19 = Solía usar productos de tabaco, pero ahora no

Pase a: Q5.21 Si Q5.19 = Actualmente uso productos de tabaco y no quiero dejar de fumar

Q5.20 ¿Cuál de los siguiente programas le interesaría para ayudarlo a dejar de consumir productos de tabaco? Seleccione todos lo que correspondan.

- Cualquier programa que haya demostrado su eficacia
- Programa diseñado específicamente para personas LGBTQIA+
- Programa que incluye a personas LGBTQIA+, pero no está diseñado específicamente para ellos
- Productos de reemplazo de nicotina, como parches o chicle
- Medicamentos recetados como Chantix o Zyban
- Grupo para dejar de fumar
- Asesoramiento psicológico
- Línea de asistencia telefónica
- Programa o servicio basado en web
- Solicitud de teléfono
- Materiales de autoayuda
- Ninguno

USO DE TABACO USO DE OTROS

Q5.22 ¿Su pareja, u otra persona importante consume productos de tabaco?

- No
 - Sí
 - No tengo pareja
-

Q5.23 ¿Cuál opción abajo describe mejor cuántos de sus amigos más cercanos consumen productos de tabaco?

- Ninguno
 - Algunos
 - La mayoría de ellos
 - Todos ellos
-

USO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS

Q5.25 ¿En los últimos 30 días, cuántos días tomó una bebida que contenía alcohol?

- Ninguno
- 1 a 2 días
- 3 a 5 días
- 6 a 9 días
- 10 a 19 días
- 20 a 28 días
- Todos los días

Pase a: Q5.27 Si Q5.25 = Ninguno

Q5.26 ¿En los últimos 30 días, cuántos días tomó 3 o más bebidas con alcohol en una ocasión?

- Ninguno
 - 1 a 2 días
 - 3 a 5 días
 - 6 a 9 días
 - 10 a 19 días
 - 20 a 28 días
 - Todos los días
-

Q5.27 ¿En los últimos 30 días, cuántos días usó marijuana?

- Ninguno
 - 1 a 2 días
 - 3 a 5 días
 - 6 a 9 días
 - 10 a 19 días
 - 20 a 28 días
 - Todos los días
-

Q5.28 ¿En los últimos 30 días, cuántos días usó medicamentos recetados para fines recreativos (no médicos)?

- Ningunos
 - 1 a 2 días
 - 3 a 5 días
 - 6 a 9 días
 - 10 a 19 días
 - 20 a 28 días
 - Todos los días
-

Q5.29 ¿En los últimos 12 meses, ha consumido alguna de estas sustancias? *Seleccione todas las opciones que apliquen.*

- No, Ninguna
- Cocaína (Crack, Snow, Blow)
- GHB (G)
- Inhalantes (Poppers, Rush)
- Ketamina (especial K)
- LSD (ácido, Lucy)
- MDMA (éxtasis, Molly)
- Crystal Metanfetamina (Meth, Crystal, Tina)
- Óxido nitroso (Whip-its)
- Opioide (heroína, bofetada)
- Opioide (Oxycontin / Oxycodone)
- PCP (polvo de ángel, ozono)
- Drogas callejeras
- Otros (especificar): _____

Pase a: Q5.31 Si Q5.29 = No, Ninguna

Q5.30 ¿En los últimos 30 días, cuántos días usó esta sustancias?

- 0 días
 - 1 a 2 días
 - 3 a 5 días
 - 6 a 9 días
 - 10 a 19 días
 - 20 a 28 días
 - Todos los días
-

Q5.31 ¿En los últimos 12 meses, se ha inyectado alguna vez drogas con fines recreativos?

- No
- Sí

Pase a: Q5.33 Si Q5.31 = No

Q5.32 ¿Con qué frecuencia ha compartido parafernalia, jeringas o agujas?

- Nunca
 - Casi nunca
 - A veces
 - De vez en cuando
 - Frecuentement
-

RECUPERACIÓN

Q5.34 ¿Usted se está recuperando del consumo de alcohol o sustancias?

- Sí
- No

Pase a: Q5.36 Si Q5.34 = No

Q5.35 ¿Cuánto tiempo lleva en recuperación?

- 1 a 29 días
 - 30 - 90 días
 - 1 año
 - 24 años
 - 5-9 años
 - 10-19 años
 - 20+ años
-

Q5.36 ¿En los últimos 12 meses, usted ha buscado ayuda para problemas de uso de sustancias de alguno de los siguientes? Seleccione todos los que correspondan.

- No, no busqué ayuda
 - AA / NA
 - Grupo de autoayuda
 - Organización de la comunidad
 - Consejero o psicólogo
 - Miembro de la familia o pariente
 - Amigo
 - Línea de ayuda
 - Hospital
 - Organización LGBTQIA+
 - Proveedor médico
 - Fuente en línea
 - Servicio especializado en uso de sustancias
 - Cónyuge, pareja u otra persona significativa
 - Otros (especificar): _____
-

SEGURIDAD ALIMENTARIA / NUTRICIÓN

Q5.38 ¿Usted ha experimentado lo siguiente?:

En los últimos 12 meses, me preocupaba que se me acabara la comida antes de recibir dinero para comprar más.

- Sí
- No
-

Q5.39 ¿Usted ha experimentado lo siguiente?:

Dentro de los últimos 12 meses, la comida que compré no duró y no tenía suficiente dinero para comprar más.

- Sí
- No

IV. SALUD - PSICOLOGICA / EMOCIONAL

Q6.2 ¿Cómo calificaría su salud ANTES de la pandemia COVID?

- Excelente
 - Muy buena
 - Bueno
 - Justa
 - Mala
 - Muy mala
-

Q6.3 ¿Cómo calificaría su salud DESDE la pandemia COVID?

- Excelente
 - Muy buena
 - Buena
 - Justa
 - Mala
 - Muy mala
-

Q6.4 ¿Cuál describe mejor la frecuencia con la que ve a un consejero, trabajador social o psicólogo para recibir atención de salud mental?

- Nunca
 - Semanalmente
 - Cada 2 semanas
 - Una vez al mes
 - 1 a 2 veces al año
 - 3 a 6 veces al año
 - Otro
-

Q6.5 ¿En los últimos 12 meses, con qué frecuencia su estado de salud mental le ha impedido realizar sus actividades diarias normales, como ser su trabajo o actividades de recreación?

- Nunca
 - De vez en cuando
 - Más de la mitad del tiempo
 - Casi todo el tiempo
-

Q6.6 ¿Cómo calificaría su bienestar emocional? *(El bienestar emocional se refiere a una medida de nuestra felicidad y satisfacción con nosotros mismos y nuestras vidas).*

- Excelente
 - Bueno
 - Justa
 - Malo
 - Muy malo
-

Q6.7 ¿Cómo calificaría su bienestar espiritual? *(El bienestar espiritual reconoce nuestra búsqueda de un significado más profundo en la vida y se refleja cuando nuestras acciones se vuelven más consistentes con nuestras creencias y valores).*

- Excelente
 - Bueno
 - Justa
 - Malo
 - Muy malo
-

Q6.8 ¿En los últimos 30 días, usted ha experimentó alguno de los siguientes síntomas?
Seleccione todos los que apliquen.

- Depresión
 - Se ha sentido deprimido
 - Desesperación
 - Poco interés o placer en hacer cosas.
 - Nerviosismo
 - Inquietud o inquietud
 - Autodesprecio
 - Sintiéndote tan triste que nada podría animarlo
 - Pensamientos suicidas
 - Siente que todo fue un esfuerzo
 - Querer cortarse o mutilarse
 - Sentirse inútil
 - Ninguno de los síntomas listados anteriormente
-

Q6.9 ¿Qué tan positivo se siente usted sobre el futuro?

- No me siento positivo
 - Ligeramente
 - Moderadamente
 - Muy
 - Extremadamente
-

Q6.10 ¿Cuánta confianza tienes usted en si mismo?

- Nada
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Mucha
 - Una cantidad extrema
-

Q6.11 ¿Qué tan preocupado se sientes?

- Nada
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Una cantidad extrema
-

Q6.12 ¿Alguna vez ha intentado tomar su propia vida?

- No
- Sí
- He experimentado pensamientos prominentes de quitarme la vida, pero nunca me he hecho daño.
- He experimentado pensamientos prominentes de quitarme la vida y me he involucrado en autolesiones / autolesiones.
- Nunca he intentado suicidarme ni he tenido pensamientos suicidas, pero a veces me hago daño o me autolesiono.

VI. SALUD - SEXUAL

Q7.2 ¿Cuándo fue la última vez que habló con su proveedor de atención médica, doctor o médico de cabecera sobre su salud sexual?

- Nunca
 - En los últimos 12 meses
 - Hace 13 meses o más
-

Q7.3 ¿De dónde obtiene usted información sobre salud sexual? *Seleccione todos los que aplican.*

- Blogs
 - Libros, revistas o diarios
 - Organizaciones comunitarias
 - Compañeros de trabajo o empleadores
 - Amigos
 - Miembros de la familia o parientes
 - Proveedores de servicios de salud
 - Podcasts o radio
 - Redes sociales
 - Hablar con expertos en talleres o entornos grupales.
 - Hablar con personas en grupos de pares
 - Televisión
 - Sitios web
 - Ninguno de esos
 - Otros (especificar): _____
-

Q7.4 ¿Recibió educación sexual en una escuela secundaria o preparatoria de Austin? Seleccione una.

- No, no recibí esta educación en ningún momento entre el jardín de infantes y el 12 ° grado.
 - No, educado en otro estado
 - Sí, solo abstinencia o contenido basado en abstinencia
 - Sí, pero no LGBTQIA + info
 - Sí, contenido completo con LGBTQIA + info
-

Q7.5 ¿En los últimos 12 meses, cuántas parejas sexuales ha tenido?

- Ninguna
- 1
- 2 hasta 5
- 6 hasta 10
- 11 o más

Pase a: Q7.9 Si Q7.5 = Ninguna

CONDONES Y PRESAS DENTALES

Q7.7 ¿En los últimos 12 meses, cuál de los siguientes ha utilizado al tener relaciones sexuales? Seleccione todos los que correspondan.

- Ninguno
- Condones internos
- Condones externos

Pase a: Q7.9 Si Q7.7 = Ninguno

Q7.8 ¿Con que frecuencia ha usado condones o barrera bucal en los últimos 12 meses?

- Siempre
 - 75% del tiempo
 - 50% del tiempo
 - 25% del tiempo
 - Menos del 25% del tiempo
 - No sé, ni recuerdo
-

PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN (PrEP)

Q7.10 ¿Cuál describe mejor su uso de la medicina PrEP? *La PrEP es un medicamento que toman las personas que corren el riesgo de contraer el VIH para evitar contraer el VIH a través*

del sexo o el uso de drogas inyectables. Cuando se toma según lo prescrito, la PrEP es muy eficaz para prevenir el VIH.

- Tomo PrEP una vez al día según lo prescrito
- A veces tomo PrEP
- Estaba tomando PrEP, pero no ahora
- Nunca he tomado PrEP
- Nunca había oído hablar de la PrEP hasta ahora.

Pase a: Q7.12 Si Q7.10 = Estaba tomando PrEP, pero no ahora

Pase a: Q7.14 Si Q7.10 = Nunca he tomado PrEP

Pase a: Q7.14 Si Q7.10 = Nunca había oído hablar de la PrEP hasta ahora.

Q7.11 Si toma PrEP: ¿Cuánto tiempo ha estado tomando PrEP?

- 1 a 6 meses
- 7 a 12 meses
- 13 meses o más
- Corto plazo (fines de semana de fiesta, etc.)

Pase a: Q7.14 Si Q7.11 = 1 a 6 meses

Pase a: Q7.14 Si Q7.11 = 7 a 12 meses

Pase a: Q7.14 Si Q7.11 = 13 meses o más

Pase a: Q7.14 Si Q7.11 = Corto plazo (fines de semana de fiesta, etc.)

Q7.12 Si solía tomar PrEP: ¿Por cuánto tiempo tomó PrEP?

- 1 a 6 meses
 - 7 a 12 meses
 - 13 meses o más
 - No recuerdo
-

Q7.13 ¿Por qué dejó de tomar PrEP?

- Pérdida de cobertura médica
 - Costo del tratamiento
 - Cambio en la actividad / comportamiento sexual
 - Dificultad para seguir el régimen de tratamiento diario.
 - Posibles efectos secundarios a largo plazo
-

Q7.14 ¿Ha tomado alguna vez PEP? *PEP es un medicamento para prevenir el VIH después de una posible exposición. PEP debe usarse solo en situaciones de emergencia y debe iniciarse dentro de las 72 horas posteriores a una posible exposición reciente al VIH. En caso afirmativo, seleccionar el mas reciente uso.*

- No
- Hace 1 a 6 meses
- Hace 7 a 12 meses
- Hace 13 meses o más
- No se que es PEP

Q7.15 ¿En los últimos 12 meses, ha realizado alguna de las siguientes acciones para reducir el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual (ITS) o VIH por actividad sexual? Seleccione todos los que apliquen.

- Cambié los tipos de sexo que estaba teniendo
 - Hablé sobre el historial o estado de VIH e ITS
 - Solo se analizó el historial o el estado de las ITS
 - Solo se analizó el historial o el estado del VIH
 - Hablé sobre límites personales antes de tener relaciones sexuales
 - Limito el número de parejas sexuales que tengo
 - Socios de sero-clasificación (VIH + con VIH +, VIH- con VIH-)
 - Seroposición (VIH- solo en la parte superior, VIH + solo en la parte inferior)
 - Prueba de ITS / VIH con pareja
 - Detuve mi actividad sexual con mi pareja
 - Ninguna de las acciones listadas anteriormente
-

Q7.16 ¿En los últimos 12 meses, ha realizado alguna de las siguientes actividades relacionadas con el trabajo sexual? Seleccione todos los que apliquen.

- Cambió sexo por dinero, drogas o un lugar para quedarse
 - Tuvo relaciones sexuales con alguien que intercambiaba sexo por dinero, drogas o un lugar para quedarse.
 - Tuvo relaciones sexuales con alguien que se ha inyectado drogas
 - Tuvo relaciones sexuales con alguien bajo la influencia del alcohol u otras sustancias.
 - Tuvo relaciones sexuales con alguien que ha estado detenido, en la cárcel o en prisión.
 - Ninguna de las actividades listadas anteriormente
-

Q7.17 ¿Cuándo fue su última prueba para ver si tiene una infección de transmisión sexual?

- Nunca me he hecho una prueba
- Hace 1 a 6 meses
- Hace 7 a 12 meses
- Hace 13 meses o más

Pase a: Q7.19 Si Q7.17 = Nunca me he hecho una prueba

Q7.18 ¿Con que frecuencia se hace usted una prueba para detectar si tiene una infección de transmisión sexual? *Seleccione una.*

- Cada mes
 - Cada 3 meses
 - Cada 6 meses
 - Una vez al año
 - Siempre que empiezo una nueva relación
 - Siempre que piense que he estado en riesgo
 - Siempre que tenga ganas de hacerme la prueba
-

Q7.19 ¿Alguna vez le han diagnosticado alguna de estas infecciones de transmisión sexual (ITS)? *Selecciona todo eso aplicar.*

- No
 - Clamidia
 - Herpes genital
 - Verrugas genitales
 - Gonorrea
 - VPH
 - Sífilis
-

Q7.20 ¿Tiene una pareja, cónyuge o alguien querido que viva con VIH?

- No (la pregunta no aplica)
 - No
 - Sí
 - No se
-

Q7.21 ¿Estas viviendo con VIH?

- No
- No se mi estado
- Sí

Pase a: Q7.25 Si Q7.21 = Sí

PRUEBAS DE VIH

Q7.23 ¿Cuándo fue tu última prueba de VIH?

- Nunca me he hecho una prueba
- Hace 1 a 6 meses
- Hace 7 a 12 meses
- Hace 13 meses o más

Pase a: Q8.2 Si Q7.23 = Nunca me he hecho una prueba

Q7.24 ¿Con que frecuencia se hace usted la prueba del VIH? Seleccione uno.

- Cada mes
- Cada 3 meses
- Cada 6 meses
- Una vez al año
- Siempre que empiezo una nueva relación
- Siempre que piense que he estado en riesgo
- Siempre que tenga ganas de hacerme la prueba

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Cada mes

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Cada 3 meses

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Cada 6 meses

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Una vez al año

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Siempre que empiezo una nueva relación

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Siempre que piense que he estado en riesgo

Pase a: Q8.2 Si Q7.24 = Siempre que tenga ganas de hacerme la prueba

Q7.25 ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo con VIH?

- Menos de un año
 - 1-2 años
 - 3-5 años
 - 6-10 años
 - 11 o más años
-

Q7.26 ¿En los últimos 12 meses, asistió a una cita médica para el VIH, le recetaron un medicamento para el VIH o le hicieron laboratorios de VIH?

- No, ninguno de estos ocurrió
- Sí, al menos UNO de estos ocurrió

Pase a: Q8.2 Si Q7.26 = Sí, al menos UNO de estos ocurrió

Q7.27 ¿Por qué no ha recibido atención médica o medicamentos para el VIH en los últimos 12 meses? *Selecciona todos que aplican.*

- No puedo pagarlo
 - Dificultades de comunicación
 - Problemas culturales
 - No quiero ni necesito atención para el VIH
 - No quiero ni necesito tomar medicamentos contra el VIH
 - Temor
 - Me siento saludable
 - Los problemas de la vida son más importantes en este momento
 - Sin seguro médico
 - Sin transporte
 - No está listo
 - Uso medicina / terapias alternativas
 - Preocupaciones sobre la privacidad
 - Prefiero no decirlo
 - Otros (especificar): _____
-

Q7.28 ¿Usted ha logrado tener una carga viral indetectable durante los últimos 12 meses o más?

- No
- Sí
- No sé, ni recuerdo

VII. ALOJAMIENTO

Q8.2 ¿Qué tan cómodo es el lugar donde vive?

- No es para nada cómodo
 - Un poco
 - Mas o menos cómodo
 - Mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q8.3 ¿Qué tan saludable es el lugar donde vive?

- No es saludable
 - Un poco
 - Mas or menos saludable
 - Mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q8.4 **¿Dónde vive?** *Seleccione uno.*

- Rento (un apartamento)
 - Condominio (alquiler)
 - Condominio (propio)
 - Casa (alquiler)
 - Casa (propia)
 - En algún otro lugar
 - Actualmente estoy sin hogar
-

Q8.5 **¿En los últimos 5 años, alguna vez ha estado sin hogar?** *Seleccione uno.*

- No
- Actualmente sin hogar
- En los últimos 12 meses, pero no ahora
- Hace más de 12 meses

Pase a: Q8.7 Si Q8.5 = No

Q8.6 ¿Qué tipo de indigencia experimentó más recientemente? *Seleccione todos los que apliquen.*

- Sin hogar en la calle
 - Viviendo en mi carro
 - Estoy durmiendo en el sofá de un amigo o familiar
 - En un programa de refugio o vivienda
 - Prefiero no decirlo
 - Otros (especificar): _____
-

Q8.7 ¿Qué porcentaje de su ingreso mensual es para pagar su vivienda?

- 10%
- 20%
- 30%
- 40%
- 50%
- Superior al 50%

VIII. CONEXIÓN COMUNITARIA / SOCIAL

Q9.2 ¿Algunas de las opciones abajo describen su relación con las personas que conforman su centro de apoyo? *Selecciona todos que aplican.*

| | Lo apoyan | Lo entienden | Lo respetan | Confiar en usted |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Familia biológica o pariente (s) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Familia y amigos elegidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grupo de la comunidad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vecinos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Asistencia pagada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cónyuge, pareja u otra persona significativa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grupo de apoyo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Consejero / Terapeuta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compañeros de trabajo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maestros / educadores | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Compañeros de clase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otros (especificar): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Q9.3 ¿Usted se sientes que pertenece o es aceptado por las siguientes personas o en los siguientes lugares? *Seleccione todas las que correspondan.*

- Por su familia y amigos elegidos
- Por su familia biológica
- En el trabajo
- En la escuela
- En restaurantes
- En bares
- En lugares de culto
- Otros (especificar): _____
- No con ninguno

Q9.4 ¿Cuántos de sus amigos son LGBTQIA+?

- Ninguno
 - Unos pocos
 - Algunos
 - Muchos
 - Todas
-

Q9.5 ¿Antes de la pandemia, asistió a alguna de las siguientes actividades o eventos?
Seleccione todos los que apliquen.

- LGBTQIA+ bar / club
 - Fiesta de baile LGBTQIA+
 - Reunión de grupo LGBTQIA+
 - Grupo o evento en línea LGBTQIA+
 - Evento comunitario LGBTQIA+
 - Evento de fe LGBTQIA+
 - Grupo deportivo LGBTQIA+
 - Evento deportivo LGBTQIA+
 - No a ninguno
-

Q9.6 ¿Qué opción describe mejor su estado sentimental actual? *Seleccione uno.*

- Soltero/a/x
 - Salgo con alguien, pero no es mi pareja
 - Vivo en concubinato o en pareja
 - Pareja, viviendo juntos
 - Pareja, no viviendo juntos
 - En relación con más de una parejas
 - Casado/a/x
 - Divorciado/a/x
 - Otros (especificar): _____
-

Q9.7 ¿Con quien vive? *Selecciona todos que aplican.*

- Solo
- Compañero (s) de habitación
- Pareja, cónyuge u otra persona importante
- Padres
- Niños adultos
- Niños menores de 18 años
- Otros (especificar): _____

Q9.8 ¿En los próximos 12 meses, planea tener o adoptar un hijo? *Seleccione uno.*

- No
 - Sí
 - No se
-

Q9.9 ¿Asiste regularmente (físicamente o virtualmente) a los servicios en una comunidad de fe del área de Austin?

- Sí, en una comunidad de fe que afirma LGBTQIA+
 - Sí, pero no estoy seguro de si mi comunidad de fe está afirmando LGBTQIA+ o no
 - Sí, pero mi comunidad de fe no está afirmando LGBTQIA+
 - No, no participo en ninguna comunidad de fe
-

Q9.10 ¿En qué tradición espiritual se crio, si es que tuviste alguna?

Q9.11 ¿Qué fe está practicando actualmente, si es que practica o tiene alguna?

IX. OPORTUNIDAD ECONÓMICA Y TRABAJO

Q10.2 **¿Qué opción abajo describe mejor su situación laboral actual?** *Seleccione todas las que correspondan.*

- Empleado 40 horas o más cada semana
 - Empleado menos de 40 horas a la semana
 - Trabajador por cuenta propia
 - Trabajador a contrato o contratista
 - Retirado
 - Ama de casa
 - Estudiante
 - Desempleado, Buscando trabajo
 - Incapaz de trabajar
 - Otros (especificar): _____
-

Q10.3 **¿Cuál es su ingreso anual?** *Nota: solo sus propios ingresos, no los ingresos del hogar, ya que otras personas en su hogar también pueden tomar esta encuesta.*

- Menos de \$ 15,000 (salario mínimo)
 - \$ 15,000 - \$ 20,000 (\$ 7.25-10 / hora)
 - \$ 20,000 - \$ 30,000 (\$ 10-15 / hora)
 - \$ 30,000 - \$ 50,000 (\$ 15-25 / hora)
 - \$ 50 000 - \$ 75 000
 - \$ 75,000 - \$ 100,000
 - \$ 100,000 - \$ 250,000
 - \$ 250 000 - \$ 500 000
 - \$ 500,000 - \$ 1 millón
 - Más de \$ 1 millón
-

Q10.4 **¿Tiene alguna dificultad económica?**

- No ninguna
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q10.5 ¿Cuánto le preocupa el dinero?

- No me preocupa
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q10.6 ¿Puede trabajar?

- No, no puedo
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - La mayoría del tiempo
 - Siempre
-

Q10.7 ¿Cree que Austin ofrece igualdad de oportunidades de empleo para la mayoría o para todos sus residentes?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q10.8 ¿Cree que los residentes de Austin tienen las mismas posibilidades de éxito en el empleo y en recibir ingresos?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q10.9 ¿Usted sabe si Austin tiene programas y políticas contra la pobreza?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q10.10 ¿Ha necesitado un préstamo bancario en los últimos 12 meses?

- No
- Sí
- No se

Pase a: Q10.12 Si Q10.10 = No

Q10.11 ¿Si es así, usted ha aplicado para el préstamo?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q10.12 ¿Si usted compara su entorno social ya sean amigos o familiares más cercanos con otras personas en Austin, diría que ustedes tienen una seguridad financiera más que:

- La mayoría de los demás
 - Está haciendo lo mismo o están al mismo nivel
 - Están peor
-

Q10.13 ¿Aproximadamente cuánto dinero tiene actualmente en ahorros y/o inversiones?

- Menos de \$ 1,000
- \$ 1,000 - \$ 5,000
- \$ 5,000 - \$ 20,000
- \$ 20 000 - \$ 50 000
- Más de \$ 50.000

X. OPORTUNIDADES EDUCATIVAS Y ACCESO

Q11.2 ¿Usted siente que tiene información disponible sobre diferentes oportunidades de aprendizaje que necesita en su vida diaria?

- De ningún modo
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Principalmente
 - Completamente
-

Q11.3 ¿Usted siente que tiene oportunidades para la educación que desea?

- No necesito ayuda
 - Un poco
 - Moderadamente
 - Principalmente
 - Completamente
-

Q11.4 **¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?** *Seleccione uno.*

- Menos que diploma de escuela secundaria
 - Diploma de escuela secundaria o GED
 - Algo de universidad pero sin título
 - Título técnico o asociado
 - Licenciatura
 - Título de posgrado (MA, MS, etc.)
 - Doctorado (PhD)
 - Título profesional (JD, MD, DD, Ed.D)
-

Q11.5 **¿Pudo alcanzar el nivel de educación que deseaba?**

- Sí
- No

Pase a: Q12.2 Si Q11.5 = Sí

Q11.6 ¿Si no, cual fue la barrera que no lo dejo lograr sus metas educativas? *Seleccione todas las opciones que correspondan.*

- Discriminación
- Falta de recursos de preparación universitaria
- Falta de recursos financieros
- Responsabilidades familiares
- Demandas de mi empleo
- Falta de motivación
- Otros (especificar): _____

XI. SERVICIOS / BENEFICIOS SOCIALES Y PÚBLICOS

Definiciones:

El servicio público es un servicio destinado a servir a todos los miembros de una comunidad. Por lo general, el gobierno lo proporciona a las personas que viven dentro de su jurisdicción, ya sea directamente (a través del sector público) o financiando la prestación de servicios. Los beneficios de transporte público y alimentos SNAP son ejemplos de un servicio público.

Los servicios sociales son una gama de servicios prestados por el gobierno, organizaciones privadas, con y sin fines de lucro. Estos servicios tienen como objetivo construir comunidades más fuertes y promover la igualdad y las oportunidades. Un banco de alimentos es un ejemplo de servicio social.

Q12.2 ¿Usted o algún miembro de su familia ha necesitado y solicitado beneficios públicos o asistencia privada mientras vivía en Austin?

- No
- Sí
- No se

Pase a: Q12.7 Si Q12.2 = No

Pase a: Q12.7 Si Q12.2 = No se

Q12.3 ¿En caso afirmativo, qué beneficios buscó? *Seleccione todas las que correspondan.*

- COVID-19 o ayuda de emergencia
 - CHASQUIDO
 - TANF
 - WIC
 - Banco de comida
 - Asistencia para la vivienda
 - Programa de seguro médico para niños o Medicaid
-

Q12.4 ¿Si es así, fue fácil aplicar para los beneficios?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q12.5 ¿Recibió los beneficios durante el tiempo necesario?

- No
 - Sí
 - No se
-

Q12.6 ¿Fue tratado con respeto por el personal de beneficios públicos o servicios de asistencia privada?

- No
 - Sí
-

Q12.7 ¿Qué tan satisfecho está en general con los servicios y beneficios públicos en Austin?

- Muy insatisfecho
 - Insatisfecho
 - Ni satisfecho ni insatisfecho
 - Satisfecho
 - Muy Satisfecho
-

Q12.8 ¿Cómo calificaría la calidad de los servicios sociales que tiene a su disposición?

- Muy malos
 - Malos
 - Ni malos ni buenos
 - Buenos
 - Muy buenos
-

Q12.9 ¿Qué satisfecho están con los siguientes servicios públicos locales?

| | Muy insatisfecho | Insatisfecho | ni satisfecho ni insatisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho |
|-------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Escuelas publicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Departamento de Policia | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Cuerpo de Bomberos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Transporte público | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Parques y Recreación | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Saneamiento | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bibliotecas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Limpieza de calles | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reciclaje | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| La gestión del tráfico | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

XIII. CALIDAD DE VIDA

Q13.2 ¿Qué tan satisfecho está con su calidad de vida?

- Muy insatisfecho
 - Insatisfecho
 - Ni satisfecho ni insatisfecho
 - Satisfecho
 - Muy satisfecho
-

Q13.3 ¿Cuánto disfruta de la vida?

- No disfruto
 - Un poco
 - Una cantidad moderada
 - Mucho
 - Una cantidad extrema
-

Q13.4 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

- No tiene sentido
- Un poco
- Una cantidad moderada
- Mucho
- Una cantidad extrema

Q14.1 ¿Qué atributos de calidad de vida son importantes para usted? Clasifique los siguientes atributos del 1 al 11 (1 al que considera muy importante y 11 para el menos importante). Puede mover las entradas haciendo clic y manteniendo presionada la entrada que desea mover y arrastrándola y soltándola en la ubicación deseada en la lista.

- Capacidad para tomar decisiones por mí mismo.
- Capacidad para satisfacer necesidades básicas
- Aceptación
- Accesibilidad de recursos
- Diversidad comunitaria
- Libertad para ser yo mismo
- Tener elecciones y opciones
- Tener gente que me quiera
- Salud y Bienestar
- Trabajo significativo
- Seguridad personal

COMENTARIOS DE LA ENCUESTA

Q15.2 ¿En qué medida estaría de acuerdo con la siguiente afirmación?

| | Muy en desacuerdo | Discrepar | algo en desacuerdo | Ni de acuerdo ni en desacuerdo | Parcialmente de acuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Esta información será útil para la comunidad LGBTQIA + de Austin. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Q15.3 Introduzca aquí cualquier comentario adicional (limitado a 500 caracteres):

Gracias por invertir su tiempo para completar esta importante encuesta.

Estas preguntas de la encuesta brindan información significativa que ayudará al Estudio de Calidad de Vida LGBTQIA + de la Ciudad de Austin a crear recomendaciones para ayudar a la comunidad LGBT.

Para encontrar recursos integrales en Austin, llame a la LÍNEA DE AYUDA 2-1-1 de United Way of Central Texas, donde puede encontrar información sobre apoyos para servicios públicos, asistencia para el alquiler y alimentos. Ya sea que necesite ayuda para encontrar una vivienda de emergencia, cuidado de niños, cuidado de un padre anciano o un refugio contra la violencia doméstica, el 2-1-1 puede ayudarlo a encontrar el apoyo que necesita.

Si es un joven y necesita apoyo emocional, llame a The Trevor Project al 1-866-488-7386. También asegúrese de conectarse con Out Youth en <https://www.outyouth.org/> aquí mismo en Austin.

Si es un adulto y necesita apoyo emocional, comuníquese con Texas Health Action en <https://texashealthaction.org/> o llame a la Línea Nacional de Prevención del Suicidio al 1-800-273-8255.

Gracias por completar la encuesta. Todas las personas que completaron al menos el 80% de la encuesta y proporcionaron un correo electrónico participarán en un sorteo para recibir una tarjeta de regalo de Amazon de \$ 250. Se elegirán tres ganadores al azar en mayo de 2021. Para participar en el sorteo, necesitaremos una dirección de correo electrónico. Confirme si desea o no compartir su dirección de correo electrónico. * Nota: su respuesta a la encuesta no se conectará a la dirección de correo electrónico que proporcione. **Para participar en el sorteo, necesitaremos una dirección de correo electrónico.**

Q184 **Confirme si desea o no compartir su dirección de correo electrónico.** **Nota: su respuesta a la encuesta no estará relacionada con la dirección de correo electrónico que someta.*

- Sí, use mi correo electrónico.
 - No, no quiero proporcionar un correo electrónico para participar en el sorteo.
-

Q190 Doy fe de que actualmente soy residente de los condados de Travis, Hays, Bastrop o Williamson.

Sí

No

Q191 Doy fe de que mis respuestas reflejan que completé al menos el 80% de la encuesta.

Sí

No

Si Q184= "Sí, use mi correo electrónico," Q190= "Sí," Q191= "Sí," ingrese su correo electrónico aquí:
